

*Non è Francesca*  
Identità, Analisi Funzionale e Trattamento di  
una Sindrome Disesecutiva.

Michele Pennelli<sup>12</sup>

<sup>1</sup>Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Università degli Studi di Urbino,

<sup>2</sup>Ambulatorio di Neuropsicologia e Psicologia Clinica Dip. di Neuroscienze dell' Università di Bari

*Riassunto*

In questo lavoro è descritto il trattamento di Francesca, una ragazza di ventuno anni che a seguito di un trauma cranico e di conseguenti lesioni ai lobi frontali del cervello ha riportato deficit cognitivi (*cognitive deficits*) ed una sindrome disesecutiva (Baddeley et al. 1989) (*dysexecutive syndrome*).

L'articolo tratta della riabilitazione neuropsicologica della paziente e dell'intervento cognitivo comportamentale (*Cognitive Behavioral Therapy*) della sindrome disesecutiva.

Entrambi gli interventi sono stati strutturati a partire da un modello basato sul contestualismo-funzionale (contextual behaviorism) ed hanno riguardato l'Analisi Funzionale (*functional analysis*) delle relazioni linguistiche (*relctional frames*), dei comportamenti operanti (operant behaviors), dei comportamenti verbali (*verbal behaviors*) e delle classi di equivalenza (*equivalence classes*) che organizzavano e reggevano gran parte dei comportamenti disfunzionali della paziente.

*Summary*

In this abstract the treatment of Francesca is described. She is a 21-year-old girl who suffered a cognitive deficit and a dysexecutive syndrome as a consequence of a head trauma and the ensuing brain cerebrum lesions. This article deals with the patient's neuropsychological rehabilitation and the cognitive behavioural therapy of the dysexecutive syndrome.

Both the interventions were structured on the basis of a contextual behavioural model. They dealt with a functional analysis of her relational frames, of her operant behaviours, of her verbal behaviours and of the equivalence classes, which organized and directed most of the patient's disfunctional behaviours.

**Storia di vita**

Francesca è una ragazza di ventuno anni diplomata ragioniera presso un istituto di recupero anni, vive con la madre casalinga, il padre agente di commercio e due sorelle di cui una più grande di lei

Michele Pennelli. Non è Francesca: Identità, Analisi Funzionale e Trattamento di una Sindrome Disesecutiva N. 10, 2012, pp. 114-136.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

studentessa universitaria presso la facoltà di giurisprudenza e l'altra, più piccola, studentessa di scuola media.

Quando la incontrai per la prima volta era il Marzo del 2008 e giunse alla mia attenzione per una valutazione neuropsicologica di controllo (*follow-up*) presso l'ambulatorio di Neuropsicologia a Psicologia Clinica dell'Università degli Studi di Bari, dove svolgevo attività di ricerca come contrattista e attività di tirocinio per la scuola di Specializzazione in Psicoterapia.

Le ragioni per le quali si presentava al *follow-up* erano legate alle conseguenze cognitive di un incidente stradale occorso all'età di 17 anni, a seguito del quale, era stata in coma farmacologico per la durata di trenta giorni ed aveva riportato un trauma cranico ai lobi frontali dell'encefalo.

Le modalità dell'incidente erano state quanto mai sconvolgenti: Francesca camminava lungo i soliti viali della sua città, con le solite amiche, quando fu travolta da un "malavitoso" che aveva perso il controllo di una macchina appena rubata; lei non guidava, non era in strada, ma su un marciapiede, quando si svegliò in un letto di ospedale un mese dopo, era del tutto inconsapevole di quanto le era successo.

Alla nostra valutazione l'espressione cognitiva del danno frontale si manifestava in difficoltà di concentrazione e memoria di lavoro; nella presenza di tachilalia e di un'elevata impulsività; nell'accollamento allo stimolo e nelle difficoltà di attenzione selettiva nella componente focalizzata in contesti rumorosi o in mezzo alla folla e con un senso di vuoto mentale.

Inoltre, al di là dalle problematiche neuropsicologiche i familiari riportavano diverse problematiche funzionali sul versante comportamentale e psicologico:

- *Difficoltà di comportamento* in pubblico → "Francesca diventa inopportuna e non riesce a porre freno o controllo al suo comportamento fisico e verbale";
- *Labilità emotiva e Disforia* caratterizzata da rapidi cambiamenti d'umore → "Passa da momenti di pianto a momenti di immotivata euforia";
- *Decision Making e Problem Solving* rispetto alla gestione del tempo libero → "La troviamo spesso a vagabondare per il paese e a parlare con degli sconosciuti";
- *Elevata impulsività* → "Litiga spesso con la sorella più piccola e arriva anche a percuoterla".

Francesca riferiva, invece, rispetto alla sua condizione funzionale e psicologica di non riuscire a controllarsi, avvertiva confusione mentale, difficoltà di concentrazione e di accesso alle emozioni.

Le frasi maggiormente ricorrenti per descrivere questo stato erano legate non solo all'esperienza somatica, ma anche alle difficoltà di accesso a informazioni della condizione emotiva precedente al danno subito: "non sento più come prima", "non mi ricordo ciò che mi piaceva prima"; "non so

perché piango, certe volte mi ritrovo con gli occhi umidi senza sapere perché”, “non so cosa mi piace”.

Oltre al senso d'inefficacia percepita riferiva apatia e ridotte capacità d'iniziativa: “Dormo spesso, perché non so cosa fare ed ho frequenti mal di testa”.

Il corollario numeroso di sintomi presentati non permetteva di comprender quali fossero i più rilevanti, quali influenzassero maggiormente la sofferenza della ragazza o fossero il prodotto di un'attenzione selettiva e di una scarsa abitudine e accettazione, da parte della famiglia, della nuova condizione della pz., conseguente al trauma cranico.

### **Esordio e scompenso**

Tutti i sintomi presentati e i dati raccolti convergevano su una realtà: Francesca era cambiata radicalmente dal giorno dell'incidente, e dopo un periodo di grandi miglioramenti, rispetto alla condizione iniziale, allo stato del primo colloquio si era dinanzi a una fase di stallo e di difficoltà di auto ed etero gestione della pz.

Tale stallo era identificato da tutti come la perdita di qualcosa: “Francesca era una ragazza viva, “non la si poteva tenere ferma”, “era il *Jolly* in tutte le situazioni”, “adesso è sempre in casa”, “non esce mai”, “non è più la stessa Francesca”.

La famiglia rilevava inoltre, un'elevata mancanza, non solo di previsione e pianificazione, ma d'iniziativa: la madre sosteneva, infatti, che Francesca stesse sempre in casa:

“Ha bisogno di più volontà” “Noi stiamo sempre a stuzzicarla”, il padre riferiva: < Io le dico sempre: “Francesca tu devi essere il primo dottore di te stessa”>.

La stessa pz. lamentava la perdita di qualcosa, anche se non sapeva definire bene cosa, riferiva di non ricordarsi perché prima le andasse di fare certe cose .

A differenza della famiglia, però, non sembrava mostrare sofferenza per quello che era diventata: “E' un miracolo che sono viva”, ma riferiva un forte desiderio di miglioramento per se stessa: “Vorrei fare qualcosa, ma non so che cosa, non mi piace niente”, ma anche per i genitori, che a suo dire avevano sofferto tanto per la sua situazione e da cui, però adesso si sentiva giudicata negativamente: “mi rimproverano sempre, ma io non riesco a controllarmi”.

Il Trauma Cranico ha comportato diverse modificazioni intervenendo a più livelli.

I diversi interventi chirurgici ne avevano modificato la cute in diverse parti del corpo; il danno alle regioni prefrontali, oltre agli effetti cognitivi, ha interessato la coordinazione motoria della pz..

Francesca si ritrova, dunque a essere leggermente scoordinata e con delle cicatrici sullo sterno, tra i seni, sul ventre e all'altezza del collo. Tale condizione fisica riversava diverse implicazioni di

tipo psicologico, in quanto vi era stata non solo una modificazione fisica, ma anche nell'Immagine Corporea.

La pz. in terapia, più di una volta, riportava affermazioni del tipo: "La gente si accorge che sono strana già quando cammino e mi muovo, l'altro giorno al super mercato, ho visto una signora che mi fissava e poi parlottava con un'altra".

Francesca, dopo l'incidente, aveva fatto notevoli progressi.

Subito dopo l'intervento, non era in grado di parlare, né di muoversi, dopo più di un anno di fisioterapia, era ritornata in piedi e aveva ripreso a muoversi e a parlare, ma le erano rimasti i diversi deficit cognitivi.

Tale condizione restituiva continuamente, alla pz. un'idea inefficace di Sé:

- ✓< mia nonna quando parlo non mi capisce e m'innervosisco, mi sento una "scema" >
- ✓< i miei mi rimproverano sempre, io vorrei controllarmi, ma non ci riesco, non capisco, non so >
- ✓< litigo spesso con mia sorella più piccola, mi ruba le cose, e certe volte non mi controllo e la percuoto, senza rendermene conto, poi mia madre s'infuria e secondo me sta male..>

Alla fine, tale condizione, era diventata il nucleo centrale della sua sofferenza: si sentiva incapace ogni volta che qualcuno le faceva notare qualche piccola imperfezione; il padre stesso, che sembrava essere il più tollerante rispetto al resto della famiglia, non si esimeva di parlare di Francesca in tali termini: "C'è sempre da migliorare, giorno per giorno migliora, ma c'è sempre da migliorare".

Il trauma cranico aveva reso difficile alla pz. la possibilità di accedere alle proprie emozioni: "non so più cosa mi piace, non so più cosa voglio", tale condizione la rendeva anedonica: "certe volte dormo perché non so che fare", e con leggeri tratti di anosodiaforia, ciò la portava a stare molto a casa o a condurre fuori casa attività insolite e a volte bizzarre: usciva da casa senza un preciso scopo, camminando per lunghi tratti senza alcuna meta e intrattenendosi con sconosciuti.

Lo scarso riconoscimento emotivo, limitava molto anche la scelta degli obiettivi della pz. che si trovava ad essere incapace anche solo di definirsi e di capire chi fosse: "So che dovrei piangere, o dovrei stare male, ma quasi mai lo faccio per un vero motivo, magari certe volte, mi trovo gli occhi umidi e non so perché"

Le modificazioni comportamentali determinate dal trauma cranico, col procedere, avevano compromesso i rapporti con la famiglia. Tale condizione era però il prodotto, non solo dai danni provocati dal trauma cranico, ma dagli eventi conseguenti all'incidente: la separazione della madre dalla famiglia per seguire Francesca aveva generato tensioni, gelosie e rabbia nelle due sorelle, che

non perdevano occasione per ricordare alla pz. quanto avessero sofferto a causa sua, e quanto lei fosse ingrata per tutto quello che loro facevano per lei.

La Pz., rimaneva basita rispetto a tali reazioni, chiedendosi ripetutamente cose potesse fare di più di quello che stava facendo.

Appariva difatti maggiormente interessata a ricucire un rapporto con la sorella maggiore, che stimava e che avrebbe voluto imitare, ma con cui aveva un rapporto del tutto asimmetrico: “ Mi tratta come fosse mia madre”, “mia madre non si permette di dirmi certe cose, lei invece mi ordina di fare questo e quell’altro”.

Si rileva che tale atteggiamento direttivo e sprezzante era mantenuto dalla sorella della Pz., anche durante le sedute famigliari: “Francesca deve crescere, non rispetta i tempi è spesso inopportuna e mi fa fare spesso brutte figure.”

In Francesca, quindi, erano incorsi dei mutamenti rilevanti che le avevano restituito un nuovo corpo, una nuova mente, nuovi rapporti; il trauma aveva generato una serie di scompensi che avevano lasciato la pz. confusa e senza una precisa direzione.

#### **Inquadramento diagnostico**

Al fine di comprendere al meglio la forma e le dimensioni del problema presentato da Francesca, ho raccolto tutta la documentazione medica, ho svolto un’attenta valutazione neuropsicologica e ho condotto diversi colloqui con la pz. e con tutti i membri della famiglia, così da raccogliere il maggior numero di informazioni possibili.

*Dalla prima valutazione neuropsicologica* si ricavava tale profilo: “si rilevano deficit di memoria verbale nella fase di recupero, lentezza nell’elaborazione delle informazioni, difficoltà di controllo mentale, flessibilità cognitiva e inibizione di risposte automatiche.

Si rilevano, inoltre, disturbi del comportamento che appare disinibito e poco adeguato socialmente, leggero comportamento d’uso e difficoltà a distogliere l’attenzione”.

*Dal colloquio con la famiglia* erano emersi:

- Importanti Cambiamenti di Personalità;
- Disforia;
- Disinibizione Affettiva e Comportamentale;
- Difficoltà di *Problem Solving*
- Anosodiaforia (mancanza d’iniziativa);
- Disattenzione;
- Euforia o pianto in ambienti e situazioni non appropriate;

Dall'analisi clinica erano invece evidenti, disinibizione comportamentale, leggeri comportamenti d'uso (se aveva un qualche oggetto nel campo visivo, vi era la tendenza a prenderlo e a manovrarlo, come ad es. una penna); difficoltà di previsione e *problem solving*, appiattimento emotivo e ideativo.

Dal referto di *neuroimaging*, successivo alla craniotomia fronto-parietale destra, emergeva la presenza in sede fronto-temporale destra di estesa area ipodensa con dilatazione ex - vacuo del ventricolo omolaterale in rapporto ad esito post-traumatico.

Coesistono alcune immagini a densità calcica medialmente all'opercolo osseo.

Piccola area ipodensa dello stesso significato si osserva in sede frontale sinistra. Strutture mediane in asse.

A livello cognitivo sono compromesse le capacità attentive e di pianificazione delle azioni; si riscontra inoltre un inadeguato impiego di strategie di *Problem Solving* con tendenza alle perseverazioni nei propri errori; si manifestano, inoltre, eccessiva disinibizione, instabilità affettiva, modificazioni della personalità.

A seguito di tale valutazione e in accordo con il neurologo che la seguiva, è stata posta diagnosi di sindrome frontale.

La sindrome frontale è un quadro clinico caratterizzato da deficit cognitivi e/o disturbi comportamentali, emotivi e motori.

Altri termini che sono abitualmente utilizzati per definire la stessa patologia sono:

- ✓Sindrome prefrontale, equivalente a "sindrome frontale", tende a precisare meglio la localizzazione anatomica.
- ✓Sindrome pseudodepressiva / pseudopsicopatica Kleist, 1934; Blumer e Benson, 1975, viene utilizzata in riferimento ai cambiamenti anche estremi di personalità che spesso si riscontrano dopo un danno anteriore.
- ✓Sindrome disesecutiva (Braddeley, 1988) con questa definizione si pone l'accento sui deficit delle funzioni esecutive superiori, l'Esecutivo Centrale, come Braddeley lo chiama.

Seguendo la classificazione ICD X la patologia viene denominata Disturbo Organico di Personalità. □

Utilizzando il DSM iv, la sindrome frontale può essere spesso diagnosticata come:

- a. Modificazione della personalità dovuta a una condizione medica generale.
- b. Disturbo dell'umore dovuto a una condizione medica generale oppure
- c. Disturbo mentale non altrimenti specificato dovuto a una condizione medica

generale.

Francesca rispettava tutti i sintomi principali per la sindrome frontale, l'intensità del disturbo appariva, però, di media gravità, in quanto l'attenzione seppur compromessa era presente, e le condotte disadattive non raggiungevano mai livelli di interdizione fisica.

### **Profilo interno del disturbo e vulnerabilità**

Al di là dal lavoro diagnostico compiuto, era necessario comprendere l'utilità e la funzionalità di tale diagnosi.

Era possibile considerare il caso di Francesca, come un caso di interesse psicologico?, era possibile ingaggiare Francesca in una terapia cognitivo-comportamentale o era necessario continuare solo la riabilitazione fisiatrica e psicomotoria?

Francesca soddisfaceva tutti i sintomi in tre grandi categorie:

- Deficit cognitivi
- Disturbi neuro-psichiatrici
- Disturbi motori

Per quanto riguarda i disturbi motori aveva seguito un anno di riabilitazione e continuava a essere seguita da un fisioterapista.

Per i disturbi neuro-psichiatrici aveva invece assunto: Tolep per prevenire crisi epilettiche, che non si erano, però, mai manifestate, Prozac per regolare l'umore, Gardenale sempre per evitare probabili crisi epilettiche.

La terapia farmacologica era stata sospesa a causa di una serie di effetti collaterali, legati, all'ulteriore riduzione dell'iniziativa da parte della pz., l'anedonia e soprattutto ipersonnia: "Quando prendevo i farmaci, mi sentivo sempre stanca, non mi andava di fare niente, mi era difficile rimanere sveglia"

I deficit cognitivi non erano, invece, mai stati oggetto di attenzione, perché si era ritenuto che il fattore tempo e l'impegno in attività non strutturate, avrebbero potuto compensare le difficoltà legate all'attenzione, all'impulsività, alla concentrazione e alle funzioni esecutive in generale.

La sindrome frontale aveva però danneggiato Francesca nelle capacità di progettare, organizzare, mettere in sequenza, astrarre; questo rimetteva in discussione la sua capacità critica, la sua consapevolezza di sé e dunque la possibilità di vivere una vita in completa autonomia. Ecco perché è stato importante, prima di incominciare il lavoro terapeutico raccogliere tutte le informazioni possibili sul funzionamento adattivo di Francesca; su ciò che non era in grado di fare, ma soprattutto su ciò che avrebbe potuto ricominciare a fare.

Il focus principale delle problematiche psicologiche di Francesca era verosimilmente legato ai deficit cognitivi della pz., ma anche alla ricorrenza con cui i famigliari, le restituivano tutti i giorni, la sua differenza con il mondo e la sua inefficacia:

E' possibile sintetizzare la condizione iniziale di Francesca attraverso questo schema:

*S<sup>D</sup> (Disinibizione/discontrollo) • C (rimprovero e giudizi negativi da parte dei famigliari) • S+ (senso di inefficacia) • S+ (convinzione di essere differente dagli altri) S+(sofferenza provata da I.).*

Tale condizione richiedeva un intervento di tipo psicologico che mirasse a rompere tali ricorrenze che generavano sofferenza nella pz. e che non le permettevano al contempo di riconoscersi come efficace e autonoma.

### **Processi di mantenimento**

I processi di mantenimento che reggevano la sofferenza della pz. erano legate alle varie connotazioni della sindrome frontale, ma anche alle aspettative della pz. e dei famigliari, rispetto a quelli che dovevano essere gli standard che la pz. avrebbe dovuto raggiungere.

I progressi iniziali di Francesca, avevano indotto la famiglia a credere che la pz. potesse un giorno tornare quella di un tempo, tale attesa, non faceva altro che generare continui rimproveri e sollecitazioni da parte dei famigliari, che non facevano altro che ampliare e restituire alla pz. un'idea di inefficacia contribuendo, gravemente alla formazione di una nuova identità della pz. che si viveva come "malata e handicappata".

Quando, durante una delle prime sedute, Francesca chiese alla sorella maggiore cosa si aspettasse da lei, la sorella "candidamente" risponde: "Ti voglio perfetta".

I problemi fisici conseguenti all'incidente, restituivano ulteriormente un'idea di diversità rispetto agli altri e un senso di vergogna nell'approcciarsi con l'altro sesso: "Dottore, lei si fidanzerebbe, non una con una cicatrice così ?"

*S<sup>D</sup> Incontro con un ragazzo • C Evitamento • S- Riduzione ansia • S+ Inefficacia • S+ diversità*

I continui mal di testa contribuivano alla sintomatologia della pz., in quanto risultavano essere il motivo dell'interruzione di molte attività, degli evitamenti dentro e fuori casa:

- ✓ " Ieri non sono uscita perché soffrivo di mal di testa ".
- ✓ " Se mi costringo a uscire con il mal di testa, capita che poi non mi diverta".



- ✓ “ Ho smesso di studiare a causa del mal di testa ”.
- ✓ “ Ho passato tutto il giorno a letto per il mal di testa ”.
- ✓ “ L’altro giorno sono uscita, non parlavo con nessuno e mi è venuto mal di testa e mi sono fatta riaccompagnare a casa ”.

*S<sup>D1</sup> Mal di testa • C Evitamento/Sospensione attività*

*S<sup>D2</sup> Studio • C Mal di Testa S- • Sospensione dello studio S- • Sospensione del mal di testa*

*S<sup>D3</sup> Noia/Disagio • C Mal di Testa • S- Evitamento (ritorno a casa) • S- Probabile riduzione del Disagio*

Altro processo che manteneva costante il focus della pz. sulla propria condizione e ne aumentava la sofferenza, erano i deficit cognitivi, che quando si presentavano, venivano subito puniti dall’ambiente circostante in forma di rimproveri da parte della famiglia.

*S<sup>D</sup> Disattenzione/Impulsività • C Punizione (Rimproveri) • S<sup>D</sup> Inefficacia • E Eteronomia*

Tale condizione, in realtà si era generalizzata al di fuori dell’ambiente familiare, tramite l’induzione di regole di uso comune in famiglia del tipo: “Cosa penseranno in paese”; “Quando incontriamo qualcuno per strada, ho sempre paura che Francesca combini una delle sue”; “Non la porto più con me a prendere il caffè chissà cosa potrebbe combinare” .

Un tale linguaggio, non risparmiato dinanzi alla pz., aveva verosimilmente svolto un ruolo di “azioni stabilizzanti”, rendendo discriminanti del senso di inefficacia anche contesti come il paese e il gruppo di amici.

Francesca riferisce:

- ✓ “ Di tutte le persone che conoscevo, solo la mia famiglia mi è rimasta vicina”.
- ✓ “ I miei vecchi amici ?....solo i più “basati” mi sono rimasti vicino”.
- ✓ “ Gli estranei non capiscono”; “Io vorrei controllarmi, ma non ci riesco”.

*S<sup>D</sup> Incontrollabilità • C Evitamento di situazioni pubbliche • S+ Imprevedibilità del proprio Comportamento • S<sup>D</sup> Diversità*

Il più grande fattore di mantenimento era però, forse, legato all’incapacità da parte della pz. a riconoscere le proprie emozioni e di dirigere i propri comportamenti verso obiettivi congrui ai propri bisogni, che non riusciva a riconoscere:

✓ “ Adesso sono più emotiva di prima, ma non so, non so, mi ritrovo a piangere e non so perché ”.

✓ “ L’altro giorno parlavo con papà e mi sono messa a piangere senza nessun motivo”.

✓ “ L’altro giorno sentivo che mi dovevo sfogare, e mi sono arrabbiata, mi sono arrabbiata per il fatto di non riuscire a capire perché mi dovevo sfogare ”.

Tale fattore era verosimilmente alla base dell’anedonia della pz. e della mancanza di iniziativa, infatti Francesca se non spronata passava la maggior parte del suo tempo in casa, svolgendo attività statiche come guardare la Tv o dormire.

### **Terapia**

La terapia di Francesca è incominciata nell’Aprile del 2008 e si è conclusa nel Settembre del 2009.

La durata del trattamento è stata determinata, verosimilmente, dalla complessità del caso e dalla moltitudine di sintomi presentati; associati ai disturbi psicologici, erano, infatti, presenti, problematiche neuropsicologiche, in particolare deficit cognitivi, che non erano mai stati trattati e che meritavano attenzione, perché fonte e mantenimento stesso di parte della sofferenza di Francesca.

*Contratto e scopi del trattamento.* Durante i primi colloqui era emerso che le problematiche espresse interferivano con il normale funzionamento della vita quotidiana della pz. .

Alla luce del tipo d’invio, ossia la famiglia stessa e del tipo di patologia si è stabilito di lasciare una finestra aperta sulla famiglia, così da poterla ingaggiare nel processo terapeutico.

Il piano terapeutico constava in quattro incontri mensili, tre si svolgevano con Francesca, e a fine mese c’era l’incontro con la famiglia.

Lo *start-up* del trattamento è stato l’analisi della motivazione della pz.: Francesca ha mostrato interesse ed impegno per il piano d’intervento propositole riferendo di voler essere aiutata a migliorare, nella comprensione di Se stessa, e sulla possibilità di riprendere in mano le redini della sua vita, anche solo imparando a controllare maggiormente la sua impulsività:

“L’unico mio –“*obbiettivo*”- è aver un minimo di controllo, raggiungere un minimo di indipendenza”.

*Obiettivi espliciti del trattamento.* Gli obiettivi del trattamento erano di due tipi, uno riabilitativo-neuropsicologico e l’altro psicologico relazionale.

L’obiettivo neuropsicologico puntava da una parte a ridurre: Impulsività-Disinibizione, Distrazione

Velocità d'eloquio (tachilalia) ; dall'altra a implementare: Monitoraggio cognitivo, Attenzione sostenuta e Capacità di Inibizione della risposta Automatica.

L'obiettivo Psicologico-Relazionale puntava, invece, da una parte a ridurre: Anosodiaforia e Anedonia e dall'altra a implementare la Riattivazione Comportamentale e a Gestire meglio la rabbia e i comportamenti esternalizzati Monitoraggio Emotivo.

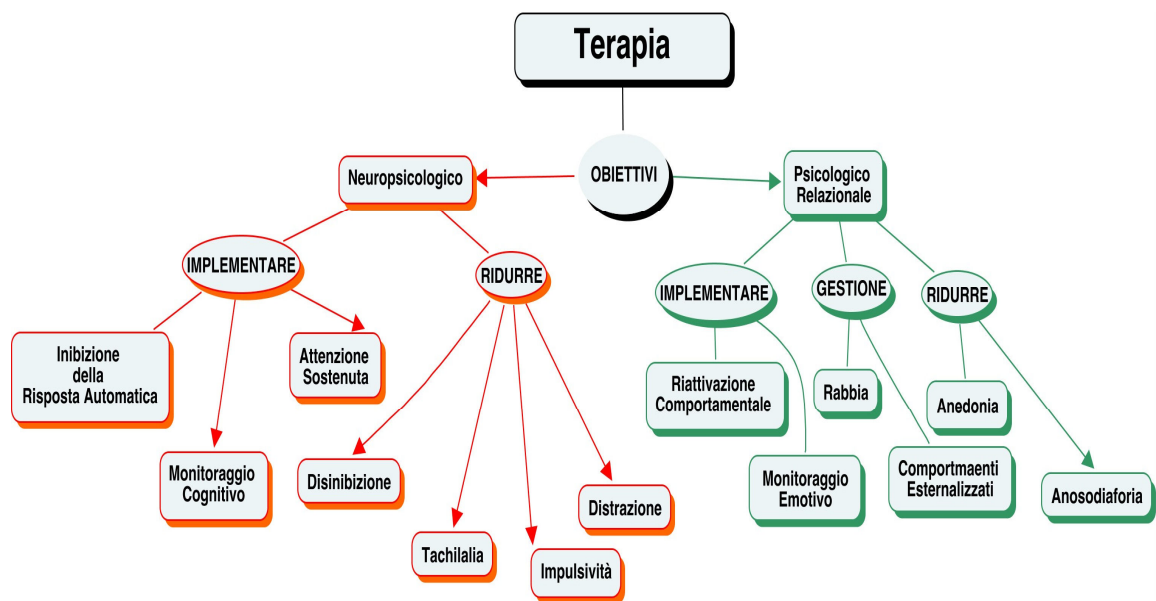


Figura 1. Il Razionale, strategie e tecniche di cambiamento.

*Gestire la riattivazione comportamentale.*

La prima fase della terapia con Francesca ha avuto l'obiettivo di ridurre l' anosofrodia (mancanza di iniziativa), l' anedonia e la gestione dei comportanti "esternalizzati di condotta".

Per quanto riguarda l'anedonia e l'anosofrodia, si è deciso di rilevare tutte le attività svolte dalla pz. durante la giornata, al fine di intraprendere un percorso di riattivazione comportamentale, come si fosse di fronte a una depressione.

La tabella delle attività (Tab.1) aveva lo scopo di monitorare le attività della pz. in modo da raccogliere informazioni rilevanti.

<b>Tempo</b>	<b>Attività</b>
08:00	mi sono svegliata - ho fatto colazione
09:00	sono andata in campagna, a lavorare con papà
11:00	mi ha insegnato a cogliere le fave
12:00	siamo andati dal nonno paterno
12:30	siamo tornati a casa - mi sono fatta la doccia
12:40	mi sono stirata i capelli
12:50	ho steso la roba della lavatrice
13:00	ho pulito le fave - le ho lessate
13:15	ho aiutato mamma a preparare il pranzo
15:15	ho preparato la lavastoviglie - ho lavato a mano ed asciugato le padelle antiaderenti
15:30	ho lessato le carote - ho lavato la cucina (come sempre)
16:00	ho acceso la lavastoviglie
16:50	ho steso la roba della lavatrice
17:30	ho svuotato la lavastoviglie
18:00	ho parlato con papà
19:00	ho tolto la roba asciutta da quella stesa in precedenza
21:00	cena e poi a letto

*Tab.1 Tabella delle attività - consisteva in una semplice scheda con le ore della giornata poste in verticale e i giorni della settimana posti in orizzontale lungo la parte alta della pagina.*

In una prima fase la tabella delle attività è stata utilizzata per osservare insieme alla pz. come le attività da lei svolte erano prive di qualsiasi valore edonico e come fossero tutte attività stabilite dalla famiglia.

Le attività erano per lo più noiose, ma soprattutto prive di qualsiasi iniziativa.

Si è cercato, dunque, di motivare la pz. verso la ricerca di un'attività che la potesse interessare e che fosse al di fuori del contesto familiare, così da stimolarne l'autonomia, e che le permettesse di aumentare il numero di occasioni possibili per generare un possibile cambiamento.

Dopo un'attenta riflessione su quali potessero essere attività che avrebbero potuto motivarla, ci si è diretti verso l'iscrizione a un corso per il conseguimento della patente europea.

Tale scelta è stata incoraggiata, anche per la possibilità di poter utilizzare il computer come un

utile strumento per la riabilitazione, ma soprattutto per la possibilità di frequentare un corso con dei coetanei e per la gradualità che ha in sé un corso diviso per livelli.

*Gestione dei comportamenti esternalizzati*

Per quanto riguarda la gestione dei comportamenti esternalizzati si è proceduto alla strutturazione di una tabella della gestione della rabbia.

Questa tabella (Tab.2) era costruita a più livelli: Francesca presentava un episodio in cui aveva esperito un'esperienza di rabbia e stabiliva il livello di rabbia in base ai colori.

A seguito dell'emozione esperita si analizzava l'esito, Francesca aveva deciso di nominare la colonna dell'esito la colonna del: "mandata a quel paese"

DATA	ORA	CHI	PERCHÉ	MANDATA-SUONO
02-lug	20:40	mia madre	non mi sentivo bene e lei non voleva tornare a casa per aspettare Francesca	no
03-lug	21:05	mia madre	avendo avuto la bolletta sto malissimo e non posso stare in piedi ad aspettare Fi Francesca	si
11-lug	11:50	mia sorella maggiore	stamattina una cugina di mia madre mi ha chiesto cosa fosse la cicatrice sul collo (pur sapendo tutto) ed io le ho detto che è una cicatrice a causa del coma.....poi ho raccontato tutto a mia sorella e lei mi ha sgridato dicandomi che non avrei dovuto risponderle	si
25-lug	10:15	mia sorella maggiore	io stvo studiando al computer.....arriva lei che le serve il computer per mandare delle stupide foto ai suoi amici	si
28-lug	16:14	mia madre	domani devo andare con un'amica ad un bar a prendere un caffè e visto che è vicino volevamo andare all'ipercoop a fare la spesa e mia madre ha detto che non vuole che io vada a fare la spesa con la amica	si
30-lug	13:30	mia sorella maggiore	stamattina a pranzo ho preso la mozzarella per me con la forchetta sporca di carote rosse e lei si è arrabbiata.....ed io non ho potuto fare a meno di.....	si
01-ago	18:00	mia madre	perché mia madre ha prenotato una visita dal fisioterapista senza dirmi niente	no
03-ago	11:00	mia sorella maggiore	perché non trovando la penna dove ho salvato il diario psicologico, lei mi ha detto che l'aveva presa lei.....e non ricordandosi dove l'avesse messa	si
07-ago	17:30	mia madre	perché non vuole che vada con lei a fare delle commissioni per le nonne	si
11-ago	08:00	mia madre	perché non voleva andarmi a comprare delle cose	no

Tab. 2 - Tabella del Monitoraggio Emotivo-Comportamentale della Rabbia –

Come si può notare il livello dell'intensità della rabbia esperita, non era quasi mai contingente all'esito atteso.

Ciò, verosimilmente, era giustificato dalla non piena capacità della pz. di accedere appieno alle sue sensazioni.

Questo tipo di analisi ci ha permesso di strutturare tramite *problem solving*, la possibilità di

generare risposte alternative alle risposte solite della pz.

Situazione di partenza:

*S<sup>D1</sup> Rabbia - C 2 condotta esternalizzata*

Situazione desiderata:

*S<sup>D2</sup> Rabbia - C 2 condotta alternativa*

La condotta alternativa maggiormente funzionale è stata riconosciuta dalla pz. come l'allontanamento dalla situazione stimolo.

*Riconoscimento e gestione delle Emozioni-Il diario Emotivo.*

Le difficoltà circa il riconoscimento delle proprie e altrui emozioni è stato affrontato anche tramite l'uso di un "diario emotivo": la pz scriveva giorno per giorno un *diario*, in cui raccontava alcuni eventi salienti della propria giornata e i rispettivi stati emotivi ad essi associati.

Di seguito un esempio di diario emotivo compilato dalla pz.:

*30/05/08 (venerdì)*

*Sono le 11:05 e ho smesso di studiare da circa 10 minuti, oggi venerdì 30 la giornata è cominciata tranquillamente; mi sono svegliata circa 1h fa ed ho cominciato subito a studiare...studia e ristudia...e l'esame si avvicina sempre più...ma comunque io mi sento sempre più sicura ad affrontarlo. Quest'oggi la giornata è soleggiata, proprio come il mio umore.*

*Comunque da quello che mi chiese ieri il Dott. Pennelli di fare come compito per la prossima seduta, cioè di cronometrare il tempo che riesco a stare attenta, ho notato che riesco a stare concentrata all'incirca 1h-¾h. Sono soddisfatta di questi miei progressi, ed è per questo che oggi mi ritengo FELICE*

Francesca ha trovato nel diario un'occasione di riflessione rispetto a determinati processi che prima erano automatici.

Il diario permetteva non solo di monitorare gli stati emotivi, ma favoriva, le occasioni di *metanizzazione* della pz., che riusciva tramite: "*ragionamento formale*", ad essere maggiormente consapevole dei propri stati emotivi, fornendole una maggiore comprensione di Sé stessa e del mondo circostante.

*Gestire la Tachilalia - Parlare alla giusta velocità.*

*Francesca presentava tachilalia*, cioè una tendenza a parlare in modo estremamente rapido e concitato. Tale condizione era ampliata in condizioni stressanti e impediva, a volte, la comunicazione con gli altri.

La componente più inficiante di questa condizione erano i continui richiami da parte dei parenti a "parlare meglio", e l'incapacità da parte di Francesca di inibire o controllare questo suo comportamento .

Al fine di permettere un maggior controllo nell'eloquio spontaneo era stato elaborato un compito

il cui scopo era quello di aumentare le capacità di monitoraggio e controllo del linguaggio spontaneo.

Al fine di motivare, inoltre, la pz. a compilare il diario emotivo si è cercato di integrarlo con questo esercizio.

La pz. ogni mattina doveva eseguire i seguenti passaggi:

1. Leggere ad alta voce il resoconto del diario emotivo prodotto il giorno prima;
2. Registrare la propria voce durante la lettura;
3. Prendere il tempo di lettura;
4. Ascoltare per tre volte il materiale prodotto;
5. Rileggere, riprendere il tempo di lettura e registrare di nuovo;
6. Riascoltare per altre 3 volte.

La sera ripetere l'esercizio con il nuovo materiale prodotto.

	<b>Mattina</b>
1° LETTURA	0,50 min - 0,54 min
2° LETTURA	0,55 min - 1,00 min
	<b>Sera:</b>
3° LETTURA	0,50 min - 0,58 min
4° LETTURA	0,45 min - 0,48 min

*Tab. 3. Tabella del Parlare alla giusta velocità questa tabella veniva usata dalla paziente per monitorare le sue performance per rallentare la velocità dell'eloquio della paziente.*

L'obiettivo era naturalmente quello di allungare sempre di più i tempi di lettura, e quindi fornire uno strumento di *autocontrollo*, con cui poteva *auto-monitorarsi* e verificare volta per volta i risultati raggiunti.

Questo esercizio non era quindi, solo pensato per il linguaggio, ma anche per aiutare Francesca nei compiti di attenzione sostenuta, motivandola gradualmente a raggiungere *step* successivi.

Tale condizione si rivelò autorinforzante per la pz., tanto da stabilire, monitoraggi temporali per diversi compiti di attenzione sostenuta (cronometrare i tempi di studio) e divisa (dover mantenere delle informazioni, mentre si svolge un compito distraente).

Il rinforzo più grande del compito nominato da Francesca: "Parlare alla giusta velocità", è stato sicuramente però legato alla nonna materna, che inconsapevole del trattamento a cui Francesca era sottoposta, le aveva fatto innumerevoli complimenti per come riusciva a controllare il suo eloquio, restituendole un'idea di controllo e autoefficacia.

*Intervento Funzionale/Relazionale - Analisi Funzionale, Classi di equivalenza, Tecnica della sostituzione della Risposta*

*Gran parte delle problematiche di Francesca*, le motivazioni per cui alcuni sintomi persistevano, erano determinati dal nucleo familiare della pz..

I rapporti all'interno del nucleo erano diventati, infatti, con il tempo le problematiche: da un lato Francesca cercava con difficoltà di affrontare la sua situazione già di per sé problematica e dall'altro lato c'era una famiglia che, pur animata da buone intenzioni, risultava a volte essere troppo "correttiva" e intrusiva nella vita della pz...

Non intervenire direttamente sulle modalità di gestione dei comportamenti di Il, all'interno del nucleo familiare, avrebbe reso l'intervento terapeutico poco costruttivo se non controproducente.

Francesca portava in terapia un vissuto caratterizzato da continui giudizi sulla propria condotta, una sofferenza determinata dal senso di colpa conseguente alla sintomatologia espressa dopo l'incidente e uno scarso riconoscimento dei propri successi.

Questo quadro patognomiconico ha spinto a coinvolgere la famiglia nel processo terapeutico.

*Il piano terapeutico con la famiglia era impostato su due livelli:*

- *I livello Funzionale/categoriale:* finalizzato alla rottura e alla formazione di nuove classi di equivalenza;
- *Il livello Funzionale /comportamentale:* atto ad aiutare Francesca, tramite la famiglia, nella gestione dei suoi comportamenti disfunzionali.

Il *primo livello* ha dunque riguardato la rottura della classe:

- Francesca *f* persona malata. Francesca/persona malata
- Francesca era considerata, infatti, "una persona malata", da curare o al massimo correggere.

Il tentativo di rompere il legame funzionale che reggeva le convinzioni dei parenti è passato trattando gli elementi "*Francesca*" (*e*) "*malata*", in frasi e discorsi diversi, e cercando di orientare la loro attenzione verso i miglioramenti di Francesca e non verso i soliti deficit.

Compiendo l'operazione inversa si è invece cercato di creare una classe di equivalenza:

Francesca prima dell'incidente *f* Francesca dopo l'incidente;  
trattando i due elementi in stessi contesti e rinforzando quando venivano presentati insieme.

Tale operazione stabilizzante è stata resa necessaria, per cercare di ridurre le aspettative della famiglia, generate, verosimilmente, dall'immagine di Francesca prima dell'incidente e quella dopo l'incidente; cercando di restituire rispetto verso i sacrifici che Francesca compiva giornalmente.

*Il secondo livello più comportamentale*, era mirato ad aumentare il monitoraggio della pz. sul



proprio comportamento al fine di ridurre la disinibizione disfunzionale, fonte di sofferenza per la pz. stessa.

Durante le sedute con la famiglia era emerso che le problematiche più importanti, scatenanti i conflitti all'interno delle interazioni tra Francesca e le persone che la circondavano, erano determinate per la maggior parte dalla sua disinibizione comportamentale e soprattutto dalle sue scarse abilità a controllarla.

Tale condizione era un fattore di mantenimento della sofferenza della pz. rispetto ai giudizi che scaturivano dalla famiglia e dell'inadeguatezza sociale da lei percepita.

Dopo un'attenta analisi funzionale, le occasioni di rimprovero, maggiormente frequenti rispetto alla disinibizione comportamentale erano:

- a) Non rispetto dei turni di parola;
- b) Disattenzione;
- c) Euforia o pianto in contesti e situazioni non appropriate;

Al fine di ridurre la disinibizione comportamentale, alla famiglia era stato chiesto di sostituire, come risposta al comportamento disinibito, un cenno (strofinarsi il naso) concordato con la pz., rispetto al solito rimprovero.

Il gesto doveva, però essere emesso solo nelle occasioni concordate e non arbitrariamente, tale condizione era stata posta nel rispetto della pz. e per evitare generalizzazioni con occasioni non concordate.

Il logico di questa procedura era nel rompere il legame funzionale tra il comportamento disinibito e il giudizio critico conseguente: tale operazione doveva avvenire tramite il cambio della risposta, che avrebbe dovuto influenzare la connotazione del comportamento stesso.

Tecnicamente l'operazione svolta era il controllo dello stimolo, tramite sostituzione della condotta/risposta.

Condizione di partenza:

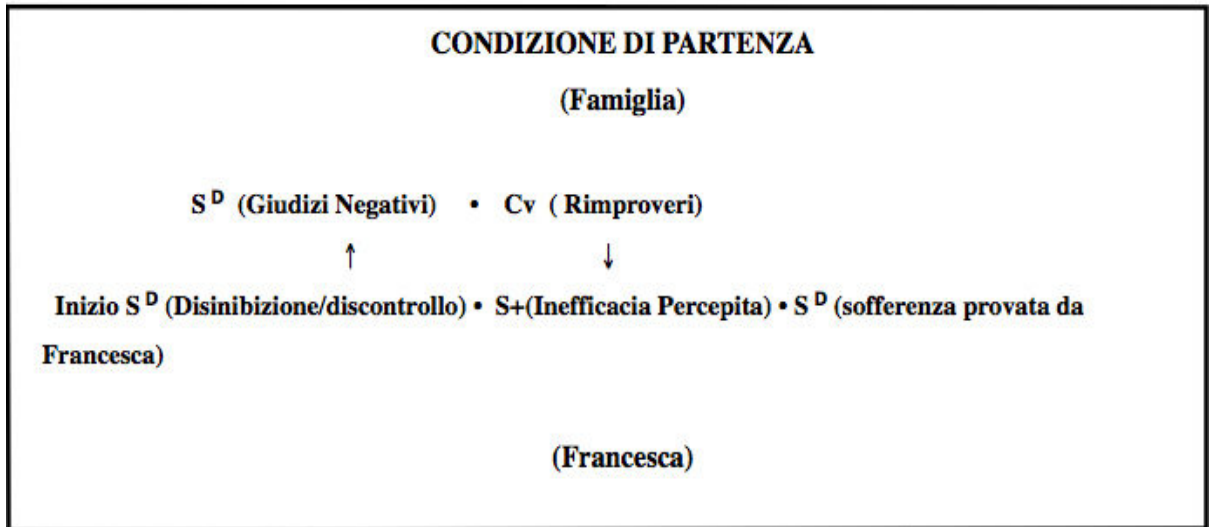


Immagine 2 - Condizione di Partenza:  $S^D$  Stimolo Discriminante a cui fa seguito rinforzo;  $C_v$  Comportamento Verbale ;  $S^+$  (Rinforzo Positivo);  $S^-$  (Rinforzo Negativo).

Risultato atteso:

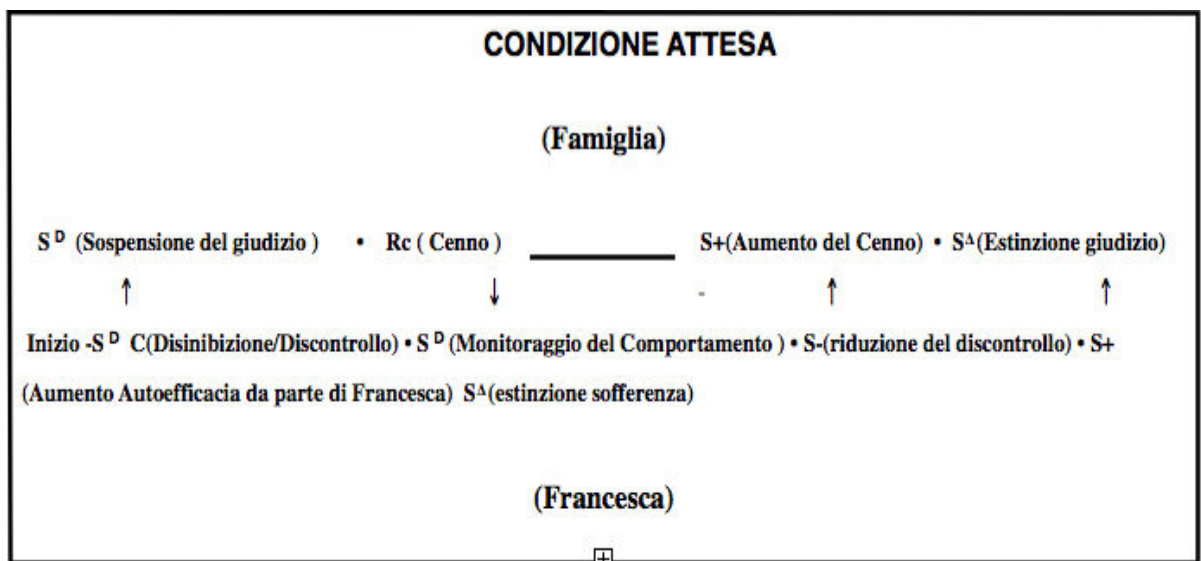


Immagine. 3 -Condizione Attesa:  $S^D$  Stimolo Discriminante a cui fa seguito rinforzo;  $R_c$  Risposta Comportamentale;  $S^+$  (Rinforzo Positivo);  $S^-$  (Rinforzo Negativo)  $S^A$  risposta estinta solo in presenza di un particolare stimolo.

La scelta del cenno rispetto al giudizio ha portato due gradi vantaggi alla rottura del legame funzionale esistente:

- Il primo vantaggio ha una valenza psicologica: Il cenno era condiviso, Francesca aveva

accettato il cenno come uno strumento di aiuto e non di critica; ciò le permetteva di aumentare il monitoraggio sul proprio comportamento senza per questo sentirsi giudicata.

- Il secondo vantaggio ha una valenza neuropsicologica: il cenno permetteva di cambiare il canale in cui il messaggio le giungeva: da quello verbale a quello visivo, tale condizione le consentiva un maggior controllo del suo comportamento in quanto lo stimolo non andava a sovraccaricare il S.A.S (Sistema Attentivo Superiore) sul canale verbale .

L'introduzione di questo gesto ebbe un effetto molto positivo sulla pz. che apprese, ben presto ad auto monitorarsi e a ridurre sensibilmente i comportamenti impulsivi, sperando per la prima volta la possibilità di controllo delle proprie azioni e la possibilità di recuperare anche le informazioni apprese durante le sedute:

“Dottore ormai non ho più bisogno del gesto, dentro di me ci sono io e mi dico”: “Allora Francesca rifletti, cos'è più giusto fare? ”

Quando la madre notò i notevoli miglioramenti di Francesca, congrui con la condizione prevista e desiderata, mi chiese la possibilità di introdurre altri gesti, per altri comportamenti legati all'anedonia o alla scarsa volontà.

A tale richiesta le fu gentilmente risposto che: *“Il gesto è un'occasione di aiuto e non di controllo, è stato pensato e introdotto per aiutare Francesca a controllare e a controllarsi, non ad essere controllata.”*

Il gesto era stato pensato per estinguere (S<sup>Δ</sup>) un determinato comportamento di cui era possibile descrivere e controllare specifici Antecedenti e Conseguenti .

### **Relazione terapeutica**

La relazione terapeutica con Francesca è stata una relazione basata su reciproco rispetto, fin dal primo colloquio riferisce: “ Lei mi piace dottore, a me piacciono tutte le persone che mi trattano come una persona intelligente, nella mia famiglia, nessuno mi tratta così, nella mia famiglia, c'è mia sorella maggiore che non vuole più uscire con me e mi ordina le cose, chi è lei ? mia madre? e mi rimproverano sempre: anche mia sorella minore mi rimprovera!, tranne mio padre....mio padre mi vuole bene.”

Forse per la natura del disturbo non è mai stato necessario ricorrere al contratto terapeutico, piuttosto si è dovuta ridimensionare, l'idea del terapeuta come unica fonte del cambiamento e restituire continuamente alla pz. che la maggior parte del lavoro e dei risultati era merito suo.

Tale fiducia ha permesso, difatti, di fornire alla pz. rinforzi verbali concreti, mirati a motivarla e a restituirle fiducia in se stessa in contingenza dei risultati raggiunti e delle difficoltà incontrate

durante la terapia.

Alcune difficoltà si sono invece presentate nel coinvolgimento dei familiari e, in particolar modo, nei confronti della sorella maggiore, che ha mantenuto un atteggiamento distaccato e critico, nei confronti della terapia e dei traguardi raggiunti da Francesca.

A tal riguardo, la scelta di introdurre la famiglia, nel processo terapeutico, è stata probabilmente rischiosa per la relazione terapeutica, in quanto, durante i primi incontri con la famiglia, vi era da parte di tutti i membri, un linguaggio svalutante, nei confronti Francesca; che ha meritato, come descritto in precedenza, un lavoro specifico.

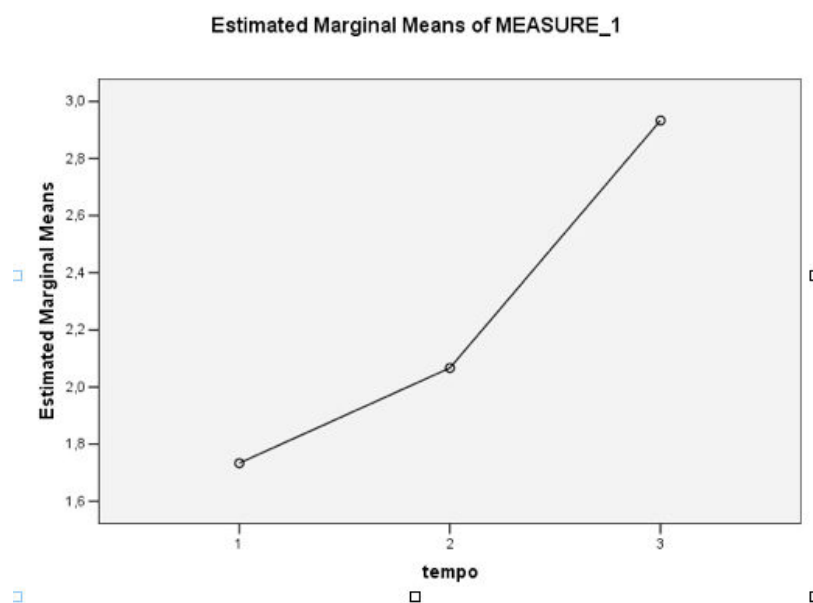
### **Esiti e conclusioni**

La terapia con Francesca si è terminata nel 2009, dopo un anno e mezzo di trattamento.

Alla fine della terapia, si sono ottenuti risultati rispetto a tutte le aree, su cui si è lavorato.

La pz. ha ottenuto un evidente miglioramento delle performance cognitive, tale miglioramento è stato indagato tramite le misure raccolte con i test attentivi/esecutivi, in tre diversi momenti della terapia: prima di incominciare il trattamento, durante il trattamento e alla fine del trattamento.

Francesca è passata da un quadro iniziale deficitario a prestazioni nella norma, come dimostrato dall'analisi statistica condotto sui dati raccolti nei tre tempi differenti e confrontati tramite l'uso dell'anova a misure ripetute.



*Immagine. 4. Andamento lineare dell'anova a misura ripetute*

Da un punto di vista clinico, si è verificata una sensibile riduzione della disinibizione comportamentale e della tachilalia. Anche la famiglia della pz., al termine del percorso psicoterapeutico, ha riscontrato una modificazione nel repertorio comportamentale.

I miglioramenti, maggiormente rilevanti sono però da ritenersi rispetto a una ritrovata dimensione da parte della pz., della possibilità di riprendere il controllo della propria vita, di poter comprendere dei tempi in cui muoversi, apprezzando il valore del presente, e potendo pianificare un futuro.

C'è stata una sensibile riduzione rispetto alla sfiducia e all' anedonia mostrata all'inizio del trattamento.

Operativamente:

Ha riscoperto la possibilità di poter essere piacevole al di là delle cicatrici:

✓ “ Oggi ho deciso di cambiare decisamente look, ho dato un taglio netto hai capelli...(ho visto in tv Paola Barale, ed il suo taglio di capelli mi è piaciuto all'istante ed ho deciso di farlo anch'io) ;-)

Ha aumentato le sue capacità di analisi, *problem solving* e controllo:

✓ “PATENTE EUROPEA: *solo dopo un break per il pranzo, ho ricominciato nuovamente a studiare. P.S.= Ritengo che il modo più semplice di studiare per me è fare dei riassunti delle fotocopie, dateci dall'insegnante, scritte e salvate sul computer, e in questo modo riesco a memorizzare la lezione in modo più rapido.*

*Ed ora sono qui a raccontare questa semplice, ma piacevole giornata; ed è per questo che ho questo buon umore: perché ormai riesco a concretizzare la mia giornata con questa mia soddisfacente scelta .*

Ha aumentato le sue capacità di scelta :

✓ “ Ho cominciato anche la scuola di ballo...ma oggi 28/09/09 non sono convinta se continuare le lezioni o meno; oggi ci sarà l'ultima lezione di settembre, però non mi va di “iscrivermi” anche alle lezioni del il mese di ottobre (preferirei andare in palestra)..... I miei preferirebbero che continuassi le lezioni, però io ho detto NO ”

Ha iniziato a pianificare autonomamente il proprio futuro e a indirizzare il proprio comportamento verso i propri scopi:

✓ “ Oggi sono uscita con Gino (per un semplice caffè).....ed aspettandolo ho notato un Super mercato, dove ho chiesto per un posto lavorativo ed un impiegato mi ha detto di ripassare la settimana prossima, per far in modo che possa trovare il direttore e dirlo a quest'ultimo, portando un mio curriculum. Gli ho accennato il mio titolo di studio, i corsi e le

esperienze lavorative..... e mi ha risposto “è più che sufficiente, basta solo chiedere al direttore se c’è bisogno di personale. ”

La terapia si è conclusa restituendo alla pz. e alla famiglia i risultati raggiunti e restituendo a tutti che Francesca fosse in possesso di tutti gli strumenti necessari per essere autonoma e padrona della propria vita.

Francesca aveva infatti interrotto quei comportamenti disfunzionali che metteva in atto all’inizio della terapia e riusciva a monitorarsi e controllarsi in autonomia; era riuscita a conseguire la patente europea con successo e si era attivata comportamentalmente in senso funzionale, verso una serie di attività dentro e fuori casa.

L’ultimo *homework* assegnato alla pz. è stato quello di pensare all’eventualità di sospendere o continuare la terapia, evidenziando le motivazioni della sua scelta:

✓ “Dottore, il 9 settembre ’09 le dissi di aver scelto di continuare le visite psicologiche  
♪ Pensa, pensa e vedrai che la soluzione troverai ♪ Ma ora ho deciso (preferito) di aver un minimo indipendenza dai miei genitori togliendogli lo stress di accompagnarli a Bari . Secondo me gli obiettivi prefissati all’inizio della “terapia” gli ho raggiunti tutti, quindi non varrebbe continuarla, (ho sempre in mente quello che devo e non devo fare [aspettare il mio turno prima di parlare, contare sino a 10, parlare con la giusta velocità, etc.]).

L’ unico mio –obiettivo- è aver un minimo di indipendenza, (non voglio che i miei genitori facciano sempre avanti e indietro per me). Mi scusi per il cambiamento d’ idea”

Sono passati tre anni dalla conclusione della terapia; attualmente Francesca lavora presso diversi supermercati come hostess e grazie alle conoscenze acquisite tramite patente europea, fa la segretaria del padre, organizzandogli l’attività settimanale, parlando telefonicamente con i clienti e mantenendogli parte della contabilità.

Prima di ogni festività, mi telefona per farmi gli auguri e aggiornarmi sul suo stato: è sempre a contatto con la gente, ha un fidanzato e dei nuovi amici; i mal di testa ci sono, ma li sopporta ed esce spesso di casa; mi riferisce di migliorare giorno per giorno, che ogni tanto perde la pazienza e che continua a non sopportare sua sorella minore, ma dice che questo, nessuna terapia potrà mai toglierlo dalla testa.

### Bibliografia

- Baddeley, A. (1988). Frontal Amnesia and the Dysexecutive Syndrome. *Brain and Cognition* 7, 212-230.  
Bonato, M. (2003). La Sindrome Frontale. PsicoLab, <http://www.psicolab.net/2003/La-Sindrome-Frontale>.  
Damasio A, R. (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and Human Brain*. New York: Grosset-Putnam.  
Trad. it. L'errore di Cartesio. Milano: Adelphi, 1995.

- Damasio, A.R. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion*. New York: The Making of Consciousness, Harcourt. Trad. it. *Emozione e Coscienza*. Milano: Adelphi, 2000.
- Damasio, A.R. (2003). *Looking for Spinoza: joy, sorrow and the feeling brain*. Orlando: Harcourt. Trad. it. *Sulle tracce di Spinoza*. Milano: Adelphi, 2003.
- Denes, G. & Pizzamiglio, L. (2003). *Manuale di Neuropsicologia: Normalità e Patologia dei Processi Cognitivi*. (Parte VII. Cap. 24-25). Bologna: Zanichelli.
- Dimaggio, G. & Semerari, A. (2003). *I Disturbi di Personalità Modelli e Trattamento: Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Bari: Edizioni La Terza.
- Martin, G. & Pear, J. (1999). *Behavior Modification: What It Is and How To Do It (6th edition)*. USA :Penguin Group .Trad. it. *Strategie e tecniche per il cambiamento: la via comportamentale*. Milano: McGraw-Hill, 2000.
- Mazzucchi, A. (2000). *La Riabilitazione Neuropsicologica*. Premesse e Applicazioni Cliniche. Milano: Masson.
- Moderato, P., Presti, G., Chase, P.N. (2002). *Pensieri, parole, comportamento. Un'analisi funzionale delle relazioni linguistiche*. Milano: McGraw-Hill.
- Mosticoni, R. (1979). *Terapia del Comportamento*. Roma: Bulzoni editore.
- Mosticoni, R. (1984). *La ricerca nevrotica dell'equilibrio*. Roma: Bulzoni editore.
- Mosticoni, R. (2006). *Analisi funzionale in psicologia*. Roma: Giovanni Fioriti editore.
- Mosticoni, R. (2011). *Argomenti di analisi funzionale: Tecniche di terapia cognitivo-comportamentale*. Roma: Giovanni Fioriti editore.
- Shallice, T. (2001) Theory of mind and prefrontal cortex. *Brain*, 124, 247-248.
- Skinner, B.F. (1974). *About behaviorism*. New York: Alfred A. Knopf. Trad. it. *Difesa del Comportamentismo*. Roma: Armando Editore, 2007.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal behavior*. Cambridge: Prentice-Hall, Inc. Trad. it. *Il Comportamento Verbale*. Roma: Arnaldo Editore, 2008.
- Torneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to Relational Frame Theory and its clinical application*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.

Dott. Michele Pennelli

Psicologia Clinica e Neuropsicologia Università degli Studi di Bari.

Specializzata a Lecce, training R. Mosticoni, A. Semerari, M. Procacci.

e-mail: [psicoterapeuta\\_michele.pennelli@aruba.it](mailto:psicoterapeuta_michele.pennelli@aruba.it)

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:*  
[psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto:psicoterapeutiinformazione@apc.it)

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)